

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GISELE JOSLIN DE ALMEIDA FERREIRA MENDES

MELHORIA DA QUALIDADE DE SERVIÇOS DE SAÚDE E SEGURANÇA DO
PACIENTE: ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA
SENHORA APARECIDA (HMNSA) – PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO
GRANDE/PR

CURITIBA

2016

GISELE JOSLIN DE ALMEIDA FERREIRA MENDES

MELHORIA DA QUALIDADE DE SERVIÇOS DE SAÚDE E SEGURANÇA DO
PACIENTE: ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA
SENHORA APARECIDA (HMNSA) – PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO
GRANDE/PR

Trabalho apresentado como requisito
parcial à obtenção do título de especialista
em Gestão Pública, Departamento de
Administração Geral e Aplicada da
Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Farley Simon Mendes Nobre

CURITIBA

2016

RESUMO

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional. Esse estudo visou identificar através da literatura estratégias que promovam a Segurança do Paciente, bem como previnam danos ao mesmo, decorrentes dos riscos possíveis quando exposto aos cuidados nestes serviços. Como resultado, apontou a necessidade de criação de um Comitê de Segurança do Paciente no Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida/FRG, bem como o desenvolvimento do Plano de Segurança do Paciente envolvendo os 6 Programas mínimos estabelecidos pela ANVISA, incentivar a notificação na ocorrência de incidentes, e o constante monitoramento da adesão das práticas de segurança e ações interventivas sempre que necessário. Para tanto, faz-se necessário o desenvolvimento de uma Cultura de Segurança envolvendo os profissionais de saúde e pacientes.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Gestão de Risco, Hospital.

ABSTRACT

The Brazilian Ministry of Health, by means of Ordinance nº 529, established the National Program for Patient Safety in April 2013, targeting nationwide qualification of health care in all health establishments. The present study, by literary search, aims to identify strategies to promote patient safety, as well as to prevent possible risks to patients exposed to health care services. As a result, the study points out the need to create a Patient Safety Committee at the Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida in the municipality of Fazenda Rio Grande; to develop a Plan of Patient Safety using the six minimum programs set by the Brazilian Health Surveillance Agency; to promote reporting of incidents; and to constantly monitor employment of safety practices and intervention measures whenever necessary. Therefore, it is necessary to develop a safety culture involving health professionals and patients.

Key words: Patient Safety, Risk Management, Hospital

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura	1	–	Segurança	do	Paciente	24
Figura 2 - Processo de Gestão de Riscos em Estabelecimentos de Saúde.....							25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Classificação dos artigos encontrados	19
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ANVISA	–	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
BVS	–	Biblioteca Virtual em Saúde
CCIH	-	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CFT	-	Comissão de Farmácia e Terapêutica
DeCS	–	Descritores de Ciências da Saúde
EA	–	Evento Adverso
HMNSA	–	Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida
IHI	-	Institute for Healthcare Improvement
MS	–	Ministério da Saúde
NOTIVISA	-	Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária
NSP	-	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
PM FRG	–	Prefeitura Municipal de Fazenda Rio Grande/Pr
PNSP	–	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSP	-	Plano Segurança do Paciente
RDC	–	Resolução da Diretoria Colegiada
SNVS	-	Sistema Nacional de Segurança Sanitária
UTI	–	Unidade de Tratamento Intensivo

Sumário

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 APRESENTAÇÃO	9
1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO	10
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO TRABALHO	10
1.4 JUSTIFICATIVA	11
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	12
2.1 MOVIMENTO EM PROL DA SEGURANÇA DO PACIENTE	12
2.2 LEGISLAÇÃO NO BRASIL SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE DOS SERVIÇOS EM SAÚDE	14
2.3 EVIDÊNCIAS ACERCA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	15
3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA	17
3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO	17
3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	18
3.2.1 Resultados	19
4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA	21
4.1 PROPOSTA TÉCNICA	21
4.1.1 Plano de implantação	21
4.1.1.1 Núcleo de Segurança do Paciente	21
4.1.1.2 Plano de Segurança do Paciente	23
4.1.1.3 Cultura da Segurança	26
4.1.1.4 Notificação de Incidentes ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária	27
4.1.2 Recursos	27
4.1.3 Resultados esperados	28
4.1.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERENCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, quer públicos, quer privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de Saúde na agenda política dos estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde.

As mudanças pelas quais os serviços de saúde vêm enfrentando, torna necessário que os gestores saibam como lidar com isso. O aumento da complexidade do cuidado de saúde é verificado principalmente nos hospitais. O grau de complexidade que o cuidado de saúde atingiu não deixa mais espaço para uma gestão de saúde não profissionalizada. Os descompassos entre os serviços de saúde, principalmente públicos, mal geridos e a necessidade de lidar profissionalmente nessas organizações tendem a causar crises cada vez mais frequentes. James Reason descreve os serviços de saúde como organizações de alta confiabilidade, que executam tarefas que exigem precisão sob pressão, com taxa de incidentes baixa. Organizações de alta confiabilidade exigem gestores capacitados atuando em modelos adequados de gestão.

Os elementos centrais que traduzem o processo de melhoria da qualidade e segurança do paciente nos planos estratégicos são: a existência de um programa de qualidade e segurança do paciente com ações monitoradas por indicadores, o qual deve ser gerido por uma instância responsável e de uma política de estímulo à utilização rotineira de protocolos e diretrizes clínicas (BRASIL, 2014).

Mesmo comprometida com a segurança do paciente, a direção dos serviços de saúde não consegue sozinha conduzir as ações de melhoria da qualidade nos serviços de saúde. É necessária a criação de uma instância responsável, constituído por uma equipe multiprofissional, capacitada em conceitos de melhoria da qualidade

de Serviços e Segurança do paciente e em ferramentas de controle da qualidade (ANVISA, 2013).

A principal tarefa dessa instância responsável ou comitê é elaborar e implantar um Programa de Melhoria de Qualidade e Segurança do Paciente e monitorar as ações vinculadas ao programa conduzido de forma participativa, com profissionais tanto da assistência, quanto das áreas de ambiente e administrativa (ANVISA, 2013).

O programa tem como objetivo a redução contínua dos riscos para os pacientes e funcionários, atenuar os eventos adversos dos pacientes e melhorar o desempenho dos serviços de saúde. Devendo ser de responsabilidade de todos os setores do serviço de saúde, cabendo ao comitê a coordenação (ANVISA, 2013).

1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO

Diante da temática relevante, esse estudo tem por objetivo identificar através de estudos de literatura quais iniciativas poderiam contribuir na melhoria da qualidade de serviços e na segurança do paciente em estabelecimentos de saúde para implantação no Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida (HMNSA) – Prefeitura Municipal de Fazenda Rio Grande/Pr (PMFRG).

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO TRABALHO

Busca-se através de estudos de literatura:

- Conhecer as legislações vigentes que regem a segurança do paciente no Brasil,
- Identificar a existência de planos e programas estratégicos para a qualidade e segurança do paciente,
- Verificar ações que podem ser realizadas para criar e estabelecer uma cultura de segurança.
- Orientar ações para monitoramento da segurança e qualidade dos serviços de saúde.

1.4 JUSTIFICATIVA

Há uma necessidade de melhorias cada vez maior na gestão dos serviços de saúde de forma a minimizar os principais problemas enfrentados atualmente pelo sistema de saúde, tais como a falta de recursos materiais e humanos, as inúmeras filas e o retorno de pacientes sem atendimento, a falta de leitos, as falhas de segurança na assistência prestada aos pacientes e outros. O desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente em nosso país depende do conhecimento e cumprimento do conjunto de leis e regulamentos que regem o funcionamento do serviço de saúde e da sustentabilidade e do cumprimento de missão institucional dos serviços de saúde (BRASIL, 2014).

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 MOVIMENTO EM PROL DA SEGURANÇA DO PACIENTE

O conceito de segurança do paciente segundo a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da ANVISA/MS, é a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção a saúde”. É o estado em que o risco de dano a pessoas é reduzido e mantido em um nível aceitável ou abaixo dele, através de um processo constante de identificação de perigo e gestão de riscos” (ONA, 2006).

O moderno movimento de segurança do paciente teve seu marco com o lançamento do Relatório *To err is human: building a safety health system* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde seguro) pelo Institute of Medicine – EUA em 1999. Desde então, surgiram diversas iniciativas no mundo inteiro na busca pela segurança, até então não discutidas abertamente pelos profissionais e instituições de saúde.

Em 2004, o Institute for Healthcare Improvement (IHI) lançou uma campanha intitulada Campanha 100.000 vidas salvas, cuja proposta era envolver 2.000 hospitais, e salvar 100.000 vidas nos EUA em um período de 18 meses, através da redução de mortes desnecessárias, pela adoção de 6 mudanças: Time de resposta rápida; Protocolo gerenciado de infarto agudo do miocárdio; Rotina para prevenção de acidente vascular periférico; rotina para prevenção de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central; prevenção de infecção de sítio cirúrgico; prevenção de erro de medicação através da reconciliação medicamentosa. Como resultado, obtiveram 122.300 vidas salvas, e participação de 3.013 hospitais inscritos na campanha (IHI, 2005).

Em 2006, nova Campanha iniciou-se: 5 Million Lives Campaign; cujo objetivo além de prevenir mortes evitáveis era minimizar a ocorrência dos danos relacionados à saúde através de 12 intervenções propostas. Das quais, somaram-se às 6 mudanças da campanha anterior: prevenção de úlcera por pressão; redução de resistência bacteriana ao antimicrobiano Meticilina em infecções por *S. aureus*; prevenir dano decorrente de medicamentos de alta vigilância; reduzir complicações

cirúrgicas; cuidados na insuficiência cardíaca congestiva; atuação efetiva do Conselho de Administração Hospitalar (IHI, 2008).

Outros programas e projetos internacionais foram lançados como a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com objetivos de: Redução de infecção associada à assistência à saúde (Higiene das mãos); envolvimento do paciente e usuário; desenvolvimento de uma taxonomia para segurança do paciente; pesquisa no campo da segurança do paciente; soluções para reduzir os riscos à saúde e melhorar a segurança; cirurgia segura (WHO, 2008) .

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou um projeto em 2006, com a missão de implementar protocolos operacionais para tratar sobre as principais preocupações sobre a segurança do paciente, reduzindo os problemas de segurança em 7 países (Austrália, França, Alemanha, Cingapura, Trindade & Tobago, EUA e Holanda) em 5 anos (WHO, 2008).

No Brasil, houve o lançamento do projeto Rede Sentinela pela Anvisa em meados de 2002, uma estratégia de vigilância pós comercialização de produtos de saúde, formada inicialmente por hospitais públicos, filantrópicos ou privados, de média e alta complexidade funcionando como observatório do uso de tecnologias para o gerenciamento de riscos à saúde. Inicialmente os hospitais aderiram voluntariamente e criaram uma estrutura responsável por fazer a busca, a identificação e a notificação dos eventos adversos e das queixas técnicas (“desvios de qualidade”), ligadas aos produtos sob vigilância sanitária. Essa experiência colaborou para o estabelecimento de critérios de organização que culminaram no desenvolvimento do Programa Nacional de Segurança do Paciente pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, a fim de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional (BRASIL, 2014).

2.2 LEGISLAÇÃO NO BRASIL SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE DOS SERVIÇOS EM SAÚDE

Através da resolução da diretoria colegiada – RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária aprova o Regulamento Técnico que estabelece os Requisitos de Boas Práticas para Funcionamento de Serviços de Saúde.

Considerando a prioridade dada à segurança do paciente em serviços de saúde na agenda política dos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e na Resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, que recomendou aos países atenção ao tema "Segurança do Paciente"; o Ministério da Saúde aprova os Protocolos de Segurança do Paciente através da Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013, que visa em seu Art. 1º, parágrafo único instituir: Protocolos de Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e Úlcera por Pressão. Também aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente por meio da Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, que traz em seu Art. 1º, parágrafo único a instituição de: Protocolo de Prevenção de Quedas; o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos, para segurança do paciente em serviços de saúde e a melhoria da qualidade em caráter nacional devendo ser utilizado em todas as unidades de saúde do Brasil.

Em 25 de julho de 2013, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde através da RDC nº 36 de julho de 2013, que trata da criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

- I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;

- IV - identificação do paciente;
- V - higiene das mãos;
- VI - segurança cirúrgica;
- VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- IX - segurança no uso de equipamentos e materiais;
- X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- XI - prevenção de quedas dos pacientes;
- XII - prevenção de úlceras por pressão;
- XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV - segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
- XVII - promoção do ambiente seguro

2.3 EVIDÊNCIAS ACERCA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Corrêa (2009), evidenciou que os hospitais de pequeno porte estudados não são seguros para os pacientes neles atendidos, podendo gerar riscos. Os hospitais de pequeno porte no Brasil formam a maior parte dos hospitais brasileiros, geralmente com tecnologias menos avançadas, limitação de especialidades e que atuam em pequenas populações urbanas ou rurais, referenciando seus pacientes mais complexos para serviços terciários. Sendo a qualidade dos serviços por esses prestados, fortemente influenciado por uma série de fatores, dentre eles, a experiência individual do profissional, a composição e experiência da equipe de profissionais de saúde, formação adequada e continuada, disponibilidade de serviços de apoio à diagnose e terapia adequados e a “oferta” de serviços clínicos e cirúrgicos.

Em estudo realizado por Mendes et al (2009), buscando avaliar a incidência de eventos adversos em três hospitais brasileiros, observou que estes foram

semelhantes ao que em estudos internacionais. No entanto, a proporção de eventos adversos evitáveis foi muito maior nos hospitais brasileiros.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que danos à saúde ocorram em dezenas de milhares de pessoas todos os anos no mundo.

3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO

O Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida (HMNSA), pertencente a Prefeitura Municipal de Fazenda Rio Grande/Pr, conta atualmente com trinta e cinco leitos, tem em seu quadro de funcionários noventa profissionais, e é referência para gestantes de risco habitual. No local são realizados cerca de cento e dez partos no mês, além de consultas em pronto atendimento obstétrico e internamentos clínicos para gestantes, puérperas e recém-nascidos. Está sendo ampliado para 90 leitos, os quais incluirão clínica médica, clínica cirúrgica e dez leitos de UTI neonatal.

Conforme evidenciado através de estudos, é real a existência de inúmeras situações que comprometem a segurança de pacientes, funcionários e a qualidade dos serviços de saúde prestados. Faz-se necessário introduzir práticas, através de modelos que já vem sendo desenvolvidas em outras instituições para este propósito com resultados de excelência, bem como o documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente do Ministério da Saúde.

A Portaria nº 529/2013, inciso VI do artigo 5º, trata que a promoção da cultura de segurança deve ser realizada com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, envolvendo profissionais e pacientes na prevenção de incidentes.

A aprendizagem acontece por meio da conscientização. Nos espaços da Educação Permanente os profissionais, por meio do diálogo, contribuem para a reformulação da assistência prestada, constroem novos conhecimentos, estreitam as relações entre os trabalhadores, fortalecendo a integração entre os mesmos e qualificando o cuidado ao paciente (BARBOSA, BOCHI, BARBOSA, 2014).

A educação permanente em saúde contribui para melhorar a qualificação dos profissionais, uniformizar e sistematizar o atendimento em termos de integralidade, educação em saúde e desenvolvimento do autogerenciamento. Oportuniza a construção da autonomia dos trabalhadores, que ao se reconhecerem eticamente, aumentam a confiança em si próprio e reconhecem sua competência, que inclui ética, trabalho em equipe, liderança, competência social, favorecendo a

aprendizagem e conseqüentemente a qualidade do cuidado (BARBOSA, BOCHI, BARBOSA, 2014).

3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

O método de revisão integrativa da literatura buscou responder à seguinte questão norteadora: **quais iniciativas poderiam contribuir na melhoria da qualidade de serviços e na segurança do paciente em estabelecimentos de saúde para implantação no Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida (HMNSA) – Prefeitura Municipal de Fazenda Rio Grande/Pr?**

O método consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisa, assim como reflexões futuras.

A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. O propósito inicial deste método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores (SOUZA; CARVALHO, 2008).

Embora existam diversidades para o desenvolvimento dos métodos de revisões integrativas, existem padrões a serem seguidos. Na operacionalização dessa revisão, utilizaram-se cinco etapas: definição da questão norteadora para a revisão; seleção dos estudos que compuseram a amostra; definição das características dos estudos; análise e interpretação dos resultados e relato da revisão (SOUZA; CARVALHO, 2008).

As buscas abrangeram todas as publicações que continham as palavras-chave: *Segurança do Paciente Gestão de Risco e Hospital*, com base no DeCS (Descritores de Ciências da Saúde). A pesquisa foi realizada na base eletrônica de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que contempla artigos das bases de dados LILACS, MEDLINE, COCHRANE, IBECs e CIELO.

Como critérios de exclusão, foram utilizados artigos, dissertações e teses publicados cujo assunto principal foi Segurança do Paciente no idioma em Português, independente do ano. Porém que estivessem disponíveis de forma de texto completo. Como critério de exclusão, artigos, dissertações e teses que estivessem duplicados.

Na busca dos artigos surgiram 09 materiais que abordavam a temática. Completos estavam disponíveis 07, sendo 02 duplicados. Assim, para continuidade da pesquisa, foram utilizadas 05 publicações, sendo 04 artigos e 01 tese.

3.2.1 Resultados

O resultado da classificação e organização dos artigos para análise e discussão foi procedido por tabela que sintetiza categorias para análise (Tabela 1).

Tabela 1 Classificação dos artigos encontrados

TÍTULO E AUTORES	PERÍODICOS E ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL E AMOSTRA ESTUDADA	RESULTADOS	CONCLUSÃO
1- Rastreamento de resultados adversos nas internações do Sistema único de Saúde. Dias, Monica Aguilar Estevan; Martins, Monica; Navarro, Nair.	Rev. Saúde Pública; 46(4): 719-729, ago. 2012	Base do SIH-SUS, incluindo 6.179.859 internações de pacientes com 17 anos ou mais nas clínicas médicas e cirúrgicas financiadas pelo SUS no Brasil em 2007.	A frequência obtida foi de 3,6 potenciais resultados adversos por 1.000 internações para ambas as clínicas. Os maiores gastos com internações estiveram relacionados à sepse hospitalar.	A alta frequência de resultados adversos em internações indica a necessidade de desenvolver estratégias de monitoramento e melhorias dirigidas para a segurança do paciente.
2- Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidente em saúde. Capucho, Silvia Helena De Bortoli.	Rev. Gaucha Enfermagem; 34(1): 164-172, mar. 2013	Estudo descritivo retrospectivo transversal de 1089 notificações recebidas pelo Serviço de Risco de 2 trimestres de 2010 do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP)	Das notificações analisadas, 61,28% eram Notificações Informatizadas, e 38,6% eram Notificações Manuscritas. O maior número de notificação referiu-se aos medicamentos, seguido de artigos médico hospitalares. O profissional que mais relatou foi a enfermagem.	O uso de notificação informatizada sobre incidentes em saúde nos hospitais favorece relatos espontâneos qualificados, ampliando a segurança do paciente.

			No geral, Notificações Informadas tinham mais qualidade que as manuscritas (86,1% vs 61,7%) e 36,8% das notificações manuscritas eram ilegíveis.	
<p>3- Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil.</p> <p>Capucho, Helaine Carneiro; Cassiani, Silvia Helena De Bortoli.</p>	Rev. Saúde Pública, vol 47 n°4. São Paulo. Ago, 2013	Trabalho realizado sem amostra.	Suscita reflexão acerca da necessidade de criar um sistema nacional de notificação sobre incidentes como base para um programa de segurança do paciente.	Discute a necessidade de implementar programa brasileiro de segurança do paciente, a fim de promover a cultura da segurança do paciente e da qualidade em saúde no SUS.
<p>4- Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos as práticas baseadas em evidências.</p> <p>Oliveira, Roberta Meneses; Leitão, Ilse Maria Tigre de Arruda; Silva, Lucilaine Maria Sales da; Figueiredo, Sarah Vieira; Sampaio, Renata Lopes; Gondim, Marcela Monteiro.</p>	Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem, 18(1): 122-129; jan-mar/2014	Estudo descritivo qualitativo, em hospital público de Fortaleza-CE. Entrevista semiestruturada com 37 enfermeiros, analisadas segundo referencial da análise de conteúdo.	Estratégias identificadas para segurança do paciente: 1- identificação dos principais riscos relacionados a assistência de enfermagem. 2- incorporação de práticas seguras e baseadas em evidências. 3- levantamento de barreira e oportunidades para o cuidado seguro.	Os participantes identificaram riscos físicos/químicos, clínicos, assistenciais e institucionais, além de barreiras e oportunidades que implicam na segurança do paciente.
<p>5- Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro</p> <p>Ruth Francisca Freitas de Souza</p>	Biblioteca digital de teses e dissertações da UERJ - 2014	Desenvolvido em 5 hospitais do Rio de Janeiro, com 14 gerentes de risco, através de questionário semi estruturado com questões sobre iniciativas para segurança do paciente.	Todos realizam atividades voltadas para educação continuada. As ações desenvolvidas são: Identificação do paciente (100%), assistência limpa (86%), controle de infecção de corrente sanguínea associado ao cateter (64%) e cirurgia segura (64%), tecno, hemo e farmacovigilância (29%). Monitoramento prioritário de eventos adversos são: Queda de leito (43%) e infecções (36%). Uso de análise de causa raiz e análise do modo e efeito da falha para monitoramento de eventos adversos por 57%.	Grande parte das iniciativas já divulgadas pelas instituições de referência para segurança do paciente são implementadas pelos gerentes de risco, logo é essencial mais ações de capacitação dos gerentes de risco e desenvolvimento de uma cultura de segurança.

4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

4.1 PROPOSTA TÉCNICA

Como proposta para o gerenciamento de riscos na Instituição objeto deste projeto, pretende:

1. Implementar a legislação vigente quanto ações para a segurança dos pacientes, profissionais de saúde, através da instituição de um Núcleo de Segurança do Paciente.
2. Nortear a formulação do Plano de Segurança do Paciente (PSP) contemplando os programas de qualidade e segurança do paciente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
3. Estimular o desenvolvimento da cultura da segurança e capacitação das equipes do serviço de saúde para a melhoria da qualidade e segurança do paciente.
4. Orientar a prática da notificação de incidentes encontrados no serviço de saúde.
5. Incentivar a implementação de processos de trabalho integrados para a avaliação contínua da adesão a práticas de segurança do paciente, e ações interventivas sempre que necessário.

Na Portaria MS/GM nº 529/2013 está prevista uma avaliação periódica do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Uma vez definidos o documento de referência e as primeiras ações, será necessária a criação de indicadores para avaliar o desenvolvimento do programa.

4.1.1 Plano de implantação

4.1.1.1 Núcleo de Segurança do Paciente

Segundo a RDC nº 36/2013, o NSP (Núcleo de Segurança do Paciente) é “a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de

ações voltadas à segurança do paciente”. Ou seja, é a instância responsável por apoiar a direção do serviço na condução das ações de melhoria da qualidade e da segurança do paciente.

Dentro do serviço de saúde, a Direção é a responsável pela nomeação e composição do NSP, conferindo aos seus membros, autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do PSP. Sua conformação deve estar de acordo com o tipo e complexidade do serviço. Tendo em vista seu caráter estratégico e articulador, é importante que tenha uma agenda periódica com a direção médica, de enfermagem e farmacêutica, dentre outros (ANVISA, 2014).

O Coordenador do NSP é o principal contato da instituição com a equipe do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Este profissional deve ser vinculado à instituição, com disponibilidade de tempo integral.

A operacionalização deste Plano inicia-se pela formação do Núcleo de Segurança, constituído por equipe multiprofissional capacitada. Este plano deve envolver todos os profissionais do Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida – PMF.R.G./Pr, iniciando em janeiro de 2016 com a formação do NSP, e tendo a capacitação para a qualidade das equipes multiprofissionais ao decorrer de 2016.

Caberá ao NSP adotar os seguintes princípios e diretrizes:

- Melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- Disseminação da cultura de segurança;
- Articulação dos processos operacionais com a integração da gestão de risco;
- Garantia das boas práticas operacionais da instituição.

Quanto as ações previstas pela RDC nº 36/2013 de competência do NSP:

- Promover ações para a gestão do risco: prever Eventos Adversos (EAs) principalmente os evitáveis, realizar investigações a fim de identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados;
- Elaborar, implantar, divulgar, manter atualizado e monitorar o PSP;
- Programar a agenda para educação permanente, englobando os assuntos pertinentes e relacionados aos serviços prestados na instituição através de processos de atualização e formação de pessoas;
- Supervisionar e avaliar a execução do conjunto de ações que compõem o Plano;
- Receber, consolidar, analisar e divulgar as informações decorrentes das ações de monitoramento dos EAs;

- Estimular a notificação de incidentes de segurança pelas equipes de trabalho e notificar ao SNVS os Eventos Adversos, mantendo sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária quando requisitado;
- Implementar medidas preventivas e corretivas para o controle dos resultados danosos ao paciente em serviços de saúde.

A capacitação dos profissionais deverá ocorrer durante o período de jornada de trabalho, comprovando através de documento contendo data, carga horária, conteúdo programático, nome e formação do instrutor, nome e assinatura dos profissionais capacitados.

É importante a realização de interação com demais instâncias que gerenciam aspectos da qualidade como Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão de Revisão de Óbito, Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), entre outras, para a melhoria de processos e promoção da cultura de segurança do paciente na instituição.

4.1.1.2 Plano de Segurança do Paciente

O segundo passo é a elaboração do Plano de Segurança do Paciente. O PSP é o documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco. Tem o propósito de reduzir a probabilidade de ocorrência de EA resultantes da exposição aos cuidados em saúde.

Sua revisão e atualização deve ocorrer sempre que houver mudanças locais ou evidências clínicas, sendo devidamente documentadas. O PSP deve ser amplamente divulgado e estar disponível sempre que necessário, a todos os profissionais da instituição, para consulta.

Os conteúdos para estruturação do PSP inicialmente desenvolvidas seguirão as ações previstas e preconizadas minimamente pela ANVISA:

Figura 1 – Segurança do Paciente

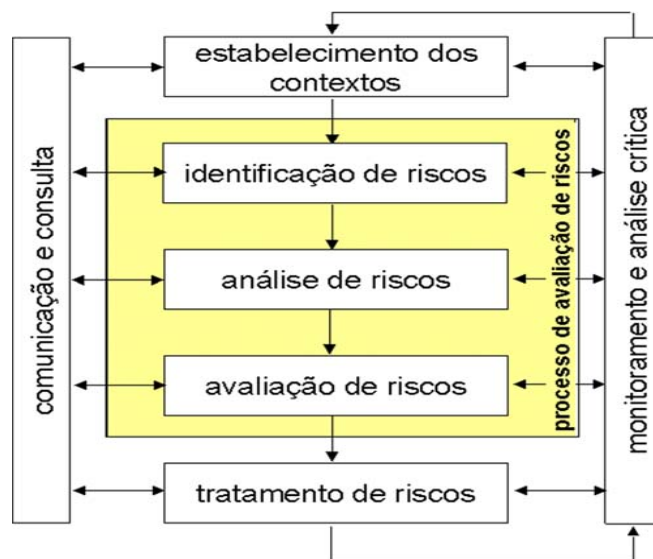


Fonte: Ministério da Saúde

A gestão adequada do risco consiste na aplicação de procedimentos que visem a identificação, a análise, a avaliação, o tratamento, a comunicação e o monitoramento dos riscos. O conhecimento das etapas desse processo auxilia o NSP nas ações previstas pela RDC nº 36/2013 a serem executadas.

As etapas para elaboração do PSP, consiste na identificação, análise, avaliação, tratamento, comunicação e monitoramento dos riscos, melhor entendido através da figura 2.

Figura 2 - Processo de Gestão de Riscos em Estabelecimentos de Saúde



Fonte: ISO 31010;2012.

Estabelecimento de contextos – identifica os parâmetros externos (ambiente cultural, legal, político, econômico, tecnológico, percepção, entre outros) e internos (estrutura e cultura organizacional, objetivos da instituição, recursos disponíveis, entre outros) a serem adotados na gestão de risco para definir o escopo e critérios para a política de gestão.

Identificação do risco – podem ser identificados a partir de dados (indicadores) ou de forma qualitativa, usando a experiência dos profissionais para evidenciar os riscos. O resultado é uma lista dos riscos da instituição e sua caracterização. A identificação ainda pode ser retrospectiva (depois que ocorreu o incidente), prospectiva (sem necessariamente ter ocorrido incidente) ou em tempo real, quando se identifica durante o processo de trabalho o potencial para ocorrer dano.

Análise e avaliação de risco – estudo sobre os motivos e causas do aparecimento do risco, identifica sua frequência e gravidade, auxiliando na tomada de decisão. Possibilitando a priorização dos casos mais emergentes, bem como às que são modificáveis, a fim de eliminar e solucionar o problema de segurança.

Tratamento de risco – pode ser uma ação proativa (preventiva) ou reativa.

Comunicação de risco – visa sensibilizar a organização e monitorar a efetividade da gestão de riscos. Deve ser interna (aos líderes e interessados da organização), e externa (ao SNVS).

Monitoramento e análise crítica – envolve a verificação do comportamento requerido ou esperado. Monitorar se persistir, aumentar ou se há riscos residuais após as medidas de tratamento instituídas, e divulgar para que todos possam acompanhar o progresso com a implantação das ações a partir de uma comparação com o diagnóstico da situação inicial, contribuindo para a cultura da segurança.

4.1.1.3 Cultura da Segurança

A RDC nº 36/2013 define cultura da segurança como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde”.

Segundo a Portaria nº 529/2013, a cultura da segurança desenvolve-se mediante 5 características:

- 1- todos os trabalhadores e gestores, devem assumir responsabilidade pela própria segurança, de seus colegas, pacientes e familiares;
- 2- priorizar a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- 3- encorajar a identificação, notificação e resolução de problemas relacionados a segurança;
- 4- promover o aprendizado organizacional a partir da ocorrência de incidentes; e
- 5- proporcionar recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

A fim de possibilitar essas melhorias e manutenção da cultura de segurança, é necessário ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, através do envolvimento de profissionais e pacientes na prevenção de incidentes, e promoção do trabalho em equipe; realizando periodicamente avaliação do mesmo para identificar, reduzir e ou tratar os riscos e perigos relacionados com a segurança do paciente.

4.1.1.4 Notificação de Incidentes ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

De acordo com a RDC nº 36/2013, todos os incidentes com danos ocorridos na instituição dever ser notificados ao SNVS. Entende-se por incidente “um evento que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário para a saúde”.

Os incidentes são classificados em: near miss (incidente que não atingiu o paciente); incidente sem dano (evento atingiu o paciente, mas não causou dano) e incidente com dano ou evento adverso (atingiu o paciente causando dano).

As notificações ao SNVS devem acontecer através do Notivisa. Seu acesso ocorre através do Portal da Anvisa (www.anvisa.gov.br) ou no hotsite Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde (<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/inde.html>).

A notificação não tem qualquer caráter punitivo, mas sim em promover a cultura de investigação e melhoria contínua de seus processos por meio dos dados coletados, e captar informação sobre Evento Adverso (EA) que levam a óbito ou a eventos graves.

A notificação envolvendo EA pelo NSP é obrigatória, e não é necessária a identificação do paciente que sofreu o EA. Conforme o artigo 10 da RDC nº 36/2013, o serviço de saúde dispõe de 72 horas para notificar óbitos, assim como os eventos graves, e suceder as investigações locais atualizando os dados no sistema até o prazo final de 60 dias corridos, a contar da data da notificação.

Para realizar a notificação, é necessário o cadastramento da instituição, do NSP e dos usuários no Notivisa. O fluxo para o cadastramento segue nesta ordem obrigatoriamente aguardando a aprovação da Anvisa para cada etapa de cadastro. O módulo de notificação de incidentes/eventos adversos ao SNVS foi elaborado fundamentado na Classificação Internacional para Segurança do Paciente da OMS.

O preenchimento é objetivo e se divide em dez etapas: 1) Tipo de incidente; 2) Consequências para o paciente; 3) Características do paciente; 4) Características do incidente/evento adverso; 5) Fatores contribuintes; 6) Consequências organizacionais; 7) Detecção; 8) Fatores atenuantes do dano; 9) Ações de melhoria e 10) Ações para reduzir o risco.

4.1.2 Recursos

Conforme RDC nº 36/2013 artigo 5º, a gestão deve disponibilizar recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais.

É previsto alguns materiais e equipamentos de escritório (papel, caneta e outros) e produtos e equipamentos para a saúde (pulseira de identificação, oxímetros e outros).

É importante estabelecer meios de comunicação com os integrantes do NSP e divulgação, tais como comunicação verbal, eletrônica, cartazes e outras.

4.1.3 Resultados esperados

Pretende-se com a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente e instituição dos Protocolos de Segurança do Paciente melhorar os serviços prestados no Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida, bem como a qualidade dos mesmos. Envolvendo profissionais e pacientes no cuidado em saúde.

Colaborar com a Anvisa através de notificação de eventos adversos, colaborando na investigação desses eventos, avaliando a fim de mitigar a ocorrência destes.

Por meio do conhecimento da epidemiologia dos eventos adversos (EA) da instituição é possível construir sistemas mais seguros. Quanto maior o número de notificações, maior é a possibilidade de formulação de meios a fim de minimizar a ocorrência de EA e exposição a riscos relacionados à assistência em saúde.

E ainda, apoiar a direção do hospital na condução das ações, prevenindo, monitorando e reduzindo a incidência de EAs nos atendimentos prestados.

4.1.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

No decorrer do desenvolvimento deste projeto, podem surgir novos problemas que inicialmente não foram identificados. Faz-se necessário que todos os

profissionais, através de uma postura responsável, aumentem a percepção aos fatos.

Quando se reflete sobre a mudança das práticas, acredita-se que o indivíduo tem a capacidade de aprender, refletir e não se adaptar às novas práticas, mas sim de transformá-las e nela intervir, ciente de que mudar é difícil, mas não impossível (BARBOSA, BOCHI, BARBOSA, 2014).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou conhecer que é elevada a frequência de incidentes adversos em ambientes hospitalares, bem como a necessidade de desenvolver estratégias e melhorias das práticas assistenciais e monitoramento contínuos.

Conforme o estudo da literatura apresentado, foram identificadas legislações específicas que tratam sobre o tema Segurança do Paciente, que devem ser implementadas nos estabelecimentos de saúde. A ANVISA também orienta a criação de um Comitê de Segurança do Paciente em cada Serviço de Saúde, sugerido na proposta técnica para solução do problema.

Acredita-se também, que o estudo contribuiu para identificar algumas das ações que vem sendo realizadas para segurança do paciente e identificar novas ações importantes para promoção da segurança do paciente no contexto hospitalar. Também contribui para divulgar as iniciativas de segurança, que dependem basicamente de educação continuada para serem colocadas em prática, sem obrigatoriedade de maiores investigações.

Sugiro que, através de uma agenda de treinamentos e capacitação, toda equipe multiprofissional da Instituição seja formada nos 6 protocolos básicos mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (Figura 1), bem como estabelecido uma cultura de segurança onde profissionais e pacientes participam na garantia da qualidade e segurança, adotando uma postura pró-ativa, buscando identificar riscos e intervindo profilaticamente antes que atinjam o paciente.

Deve ser incentivado constantemente a prática de notificação espontânea sobre incidentes em saúde, preferencialmente informatizado pois estas são melhor qualificadas, possibilitando a identificação de falhas e formulação de meios que minimizem a ocorrência de EA e exposição a riscos relacionados a assistência em saúde.

Como limitação do trabalho, existe a dificuldade em se criar um Comitê de Segurança do Paciente, visto que a Gestão Municipal é quem tem autonomia para resolver fazê-lo. Cabe também a disponibilidade de recursos humanos, visto que no setor público é frequente a falta de profissionais, com sobrecarga dos disponíveis.

O constante monitoramento permite a construção de sistemas mais seguros. O acompanhamento e avaliação das atividades assistenciais propostas, servirão

para propiciar as devidas ações corretivas sempre que necessárias, para obter-se as melhores práticas dos profissionais de saúde, no sentido de garantir a execução das melhores práticas baseadas em evidências científicas, sendo uma estratégia útil e promissora dentro dos esforços existentes nas instituições de saúde para a promoção de saúde e segurança do paciente.

Pretende-se até o final do ano de 2016 realizar a instituição do Núcleo de Segurança do Paciente no Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida.

Quando as relações entre os trabalhadores estão fortalecidas e os espaços para reflexão da prática consolidados, e uma gestão participativa, tem-se o cenário ideal para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz, efetivo e seguro, e motivar as equipes de trabalho (BARBOSA, BOCHI, BARBOSA, 2014).

REFERENCIAS

BARBOSA, V.B.A.; BOCCHI, S.C.M.; BARBOSA, P.M.K. **Experiências com Educação Permanente na área da saúde: revisão integrativa da literatura.** Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 12, n. 1, p. 151-167, jan./jul. 2014

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529**, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RESOLUÇÃO - RDC Nº 36**, de 25 de julho de 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Unidade de Tecnovigilância. Núcleo de Gestão do Sistema Nacional de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária. **Manual de Tecnovigilância: abordagens de vigilância sanitária de produtos para a saúde no Brasil.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde GGVIMS); Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). - Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2014.**

CAPUCHO, H.C.; ARNAS, E.R.; CASSIANI, S.H.D.B. **Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde.** Rev. Gaucha Enferm; 34(1): 164-172, mar. 2013.

CAPUCHO, H.C.; CASSIANI, S.H. **Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente do Brasil.** Rev. Saúde Pública. 47(4): 791-7, ago. 2013.

CORRÊA, L.R.C. **Os hospitais de pequeno porte do Sistema Único de Saúde Brasileiro e a Segurança do Paciente.** Escola de Administração de Empresas de São Paulo. 2009. 126 f.

DIAS, M.A.E.; MARTINS, M.; NAVARRO, N. **Rastreamento de resultados adversos nas internações do Sistema Único de Saúde.** Rev. Pública vol. 46 n. 4 São Paulo. Ago. 2012

IHI-Institute for Healthcare Improvement. **100K Lives Campaign.** Cambridge: IHI, 2005. Disponível em: www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign

IHI-Institute for Healthcare Improvement. **5 Million Lives Campaign.** Getting Started Kit: Improved Care for Acute Myocardial Infarction How-to Guide. Cambridge: IHI, 2008. (Disponível em: www.ihl.org)

Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. **The assessment of adverse events in hospitals in Brazil.** International Journal for Quality in Health Care. 2009; 21(4):279-84.

OLIVEIRA, R.M.; LEITÃO, I.M.T.A.; SILVA, L.M.S.; FIGUEIREDO, S.V.; SAMPAIO, R.L.; GONDIM, M.M. **Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos as práticas baseadas em evidências.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 18(1): 122-129, Jan-Mar/2014

Proqualis (FIOCRUZ) - <http://proqualis.net/>

REASON J. **Human error.** London: Cambridge University Press; 2003. 302 p.

RUPPENTHAL, J. E. **Gerenciamento de riscos.** Santa Maria : Universidade Federal de Santa Maria, Colégio Técnico Industrial de Santa Maria ; Rede e-Tec Brasil, 2013. 120 p.

SOUZA, R.F.F.; SILVA, L.D. **Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro**. Rev. enferm. UERJ; 22(1): 22-28, jan.-fev. 2014.

SOUZA RFF. **Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2014.

SOUZA, MT; CARVALHO, R. **Revisão Integrativa: O que é e como fazer**. Einstein, 2010; 8:102-6.

WHO-World Alliance for Patient Safety Forward Programme, 2008. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf, acessado em 20/11/2015.